

526555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/04/21		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8495197		7-Data Validade da Sentença 18/07/21		526555 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
10-Número da Carteira 010202527219900023502		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INDUSTRIA E COMERCIO DE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Name LUIZ EDUARDO ZANDONADI		10/05/1986		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SUANY MACIEL CARDOSO ZANDONADI					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 041818248947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD (I) 81000405 (I) 81000375-RME	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-000810100375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RMD		1		1400		39-Aut	
2-000810100375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RPD		1		1400		40-Data de Realização	
3-000810100375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RME		1		1400		41-Motivo de Glosa 42-Assinatura	
4-000810100375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RPE		1		1400			
5-000810100405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA				1		7800			
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
/ /		1-1-1-1-1-1		1-Total 2-Parcial		113400		10100			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/ram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento solicitado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48- Observação		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
[22/10/2011]		[22/10/2011]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

MM RADIO X - Radiologia Odontológica Ltda.

Dra. Mariano F. Modolins

Responsável Técnica - CRO 8307